

**СОВРЕМЕННЫЕ ПОДХОДЫ В ЛЕЧЕНИИ НИЗКОГО РАКА
ПРЯМОЙ КИШКИ, НАШ ОПЫТ***Шаппо Г.М., Орехва А.В., Ерушевич А.В., Сушко В.П.*

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Хирургический метод в настоящее время остается основным видом лечения рака прямой кишки. Однако, при низкорасположенном раке прямой кишки хирургическое лечение часто связано с калечащей операцией и пожизненной колостомой. Разработка и внедрение современных подходов в лечении низкого рака прямой кишки оставляет надежду пациентам на органосохраняющее лечение, а часто и вовсе отказ от операции [1,2]. Причем, неоадьювантное химиолучевое лечение и тактика “Наблюдай и жди” имеют такие же отдаленные результаты, как и тотальная мезоректумэктомия [3,4].

Цель. Уточнить критерии отбора для неоадьювантного химиолучевого лечения при низком раке прямой кишки, изучить результаты стратегии “Наблюдай и жди”.

Материал и методы исследования. В клиническое исследование включены 27 пациентов с низкорасположенным раком прямой кишки, женщин было 11, мужчин – 16. Средний возраст при установлении диагноза – 58 лет. Неоадьювантная химиолучевая терапия и тактика “Наблюдай и жди” проводилась пациентам с локализацией опухоли в нижеампулярном и на границе среднеампулярного отдела прямой кишки, стадия T2-T4aN0-N2M0. Неоадьювантное лечение проведено с использованием химиолучевой терапии (5-ФУ/капецитабин, 50.4Гр суммарно). Клиническая оценка регрессии опухоли осуществлялась через 8–12 недель после окончания химиолучевого лечения, включала пальцевое исследование прямой кишки, эндоскопическое и МРТ исследование. Полный клинический ответ (ПКО) и полный патоморфологический ответ позволяет отказаться от немедленной операции, при условии динамического наблюдения. Данные обработаны с использованием программного обеспечения: Statistica 10, MS Excel.

Результаты исследования. Инвазия кишечной стенки у 11 пациентов соответствовала T2, у 14 – T3, 2 пациента имели T4a. По данным МРТ 17 пациентов (63%) имели поражение мезоректальных лимфоузлов. Клиническое исследование пациенты имели через 8–12 недель после окончания химиолучевого лечения, из всей когорты пациентов у 11 (40,7%) получили полный клинический ответ, что послужило основанием для дальнейшего лечения по стратегии “Наблюдай и жди”. Полный клинический ответ отмечен у пациентов с более низким расположением края опухоли и инвазией T2-T3. В 80% случаев при полном клиническом ответе край опухоли располагался в нижеампулярном отделе прямой кишки, медиана расстояния от зубчатой линии до края опухоли была равна 1,5 см. Медиана протяженности опухоли у пациентов с полным клиническим ответом равна 4,3 см. Другая группа – 16 пациентов, имели частичный клинический ответ, что подтверждено данными МРТ о сокращении объема опухоли. им было выполнено радикальное хирургическое лечение. В этой группе пациентов нижний край опухоли чаще был расположен на границе с среднеампулярным отделом, медиана расстояния от зубчатой линии равна 3,6 см, медиана протяженности – 4,5 см. В группе с частичным клиническим ответом 8 пациентам – выполнено сфинктеросохраняющее лечение, у 3 – трансанальное удаление остаточной опухоли, 5 пациентам произведена брюшно-промежностная экстирпация. Среднее время наблюдения у наших пациентов с полным клиническим ответом в стратегии “Наблюдай и жди” было 16,5 месяцев, а с частичным ответом, которым провели радикальное хирургическое лечение – 28,6 месяцев. Таким образом, наилучший ответ на химиолучевое лечение получен при более низком расположении опухоли прямой кишки ($p = 0,14$) и меньшей протяженности опухолевого поражения. Выраженная опухолевая регрессия после химиолучевого лечения позволяет увеличить количество органосохраняющих хирургических операций.

Выводы.

1. Неоадьювантная химиолучевая терапия при низком раке прямой кишки требует персонализированного подхода и позволяет получить полный клинический ответ у 40,7% пациентов.

2. Соблюдение критериев отбора необходимо для получения наилучших результатов при использовании тактики “Наблюдай и жди”.

Литература:

1. Chemoradiotherapy for rectal cancer: an updated analysis of factors affecting pathological response / P. Sanghera [et al.] // Clin Oncol (R Coll Radiol). – 2008. – Vol. 20, N 02. – P. 176–183.

2. Impact of organ-preserving strategies on anorectal function in patients with distal rectal cancer following neoadjuvant chemoradiation / A. Habr-Gama [et al.] // Dis Colon Rectum. – 2016. – Vol. 59, N 04. – P. 264–269.

3. Watch-and-wait approach versus surgical resection after chemoradiotherapy for patients with rectal cancer(the OnCoRe project): a propensity-score matched cohort analysis / A.G. Renehan [et al.] // Lancet Oncol. – 2016. – Vol. 17. – P. 174–183.

4. Wait-and-see treatment strategies for rectal cancer patients with clinical complete response after neoadjuvant chemoradiotherapy: Asystematic review and meta-analysis / J. Li [et al.] // Oncotarget. – 2016. – Vol. 7. – P. 44857–44870.